

DOSSIER "ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : LES DÉFIS DE L'ÉVALUATION"

Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ?

Sur quels fondements et référents théoriques évaluer une action d'éducation pour la santé ? Chantal Vandoorne analyse la spécificité de l'éducation pour la santé, impossible à évaluer à partir d'indicateurs épidémiologiques, comme la mortalité. Elle souligne à quel point la modification d'une attitude, l'enrichissement d'une représentation, l'évolution d'un comportement sont le fruit de multiples facteurs. Autre difficulté à prendre en compte : il faut raisonner dans la durée, l'acte éducatif peut n'avoir aucune conséquence à court terme mais être capitalisé pour produire un changement plus tard.

 [Imprimer l'article](#)

Chantal Vandoorne

Directrice, APES-ULg,
Liège, Belgique.

Le terme d'éducation recouvre une multitude d'interprétations qu'il serait trop long d'explorer ici. Dans cet article, nous l'emploierons au sens d'"action éducative", c'est-à-dire l'aménagement intentionnel de situations d'actions, de communication et de réflexion qui permettent à un individu ou à un groupe d'individus de se développer dans les domaines intellectuel, socioaffectif, moteur, sensoriel, etc. Ces situations sont parfois qualifiées de situations d'apprentissage. Le terme apprentissage renvoie plutôt au processus à l'œuvre chez une personne pour amener du changement dans ses acquis. Quand on parle d'éducation, on se place du point de vue de l'acteur éducatif ; quand on parle d'apprentissage, on se place du point de vue du public visé.

L'action éducative se déploie au sein d'une culture, d'une société, de milieux de vie qui ont leurs propres références en termes de valeurs, de normes, de comportements et de savoirs. Le tout est inscrit dans un contexte culturel et social. Ainsi l'éducation a une fonction d'homogénéité sociale qui se développe en tension avec d'autres fonctions : l'émancipation des personnes, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes, l'émergence du sujet à partir de son inscription biologique, historique et sociale (1-3).

L'éducation vise donc à placer, de façon intentionnelle, les individus dans un processus de changement. L'évaluation de l'éducation va chercher à identifier les changements produits (évaluation d'impacts et d'effets), elle va aussi chercher à relever la trace des processus qui ont rendu ces changements possibles. En éducation pour la santé, on souhaite en plus que ces changements soient reconnus comme producteurs de santé. C'est ici qu'interviennent les modèles et paradigmes auxquels se réfèrent les divers intervenants de l'éducation pour la santé.

La demande d'évaluation des effets et impacts de l'éducation pour la santé reste un objet d'intérêt prioritaire. Cependant, la plupart des programmes éducatifs évalués par des schémas de type expérimental ou quasi expérimental¹ ont échoué à démontrer leur efficacité sur le moyen terme (4, 5) : certains effets bénéfiques enregistrés au terme du programme ont disparu deux ans plus tard ; on ne parvient pas à mettre en évidence des différences significatives dans l'évolution du groupe soumis à l'intervention éducative et du groupe contrôle..., sauf dans la progression des connaissances, etc. Dès lors, la tentation est grande pour les professionnels de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé d'abandonner l'évaluation des résultats des actions éducatives pour se centrer exclusivement sur les processus.

Après avoir exploré quelques difficultés inhérentes à l'évaluation de l'action éducative en santé, nous souhaitons expliciter ici qu'il est possible de faire porter l'évaluation sur certains résultats de l'action éducative.

Rationnel, humaniste, social ou écologique

Comme mentionné dans d'autres contributions de ce numéro, le jugement sur la valeur d'une action est constitutif de l'acte d'évaluation. La clarification des valeurs et modèles de référence représente donc une étape essentielle dans la construction ou la négociation d'une évaluation. En effet, comme le dit clairement K. Tones (6), la manière d'interpréter la promotion de la santé tout comme le choix des méthodes et stratégies sont déterminés par l'idéologie. Ces différences sont fondées sur une vision bien déterminée du monde en général, de la nature humaine et de l'action humaine.

Plusieurs paradigmes servent de cadre de référence aux actions d'éducation pour la santé. Dans une contribution récente, J. Fortin (7) distingue quatre paradigmes d'organisation sociale qui permettent de questionner la dimension éducationnelle - choix rationnel (le rapport de soi aux normes bio-psycho-médicales), réalisation de soi (le rapport à soi), dialectique sociale (le rapport aux autres) et approche écologique (le rapport au contexte). Nous reprenons ci-dessous quelques éléments seulement de cet article, propices à éclairer la question de l'évaluation.

Les acteurs intervenant en éducation pour la santé inscrivent leurs pratiques dans l'un ou l'autre (l'un et l'autre) de ces paradigmes, en fonction de leur itinéraire personnel, de leur insertion institutionnelle, de leur positionnement stratégique. Selon le paradigme adopté, les changements attendus au terme de l'action éducative sont différents.

- *Le paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être* : on considère qu'un apport d'informations permet une adaptation des connaissances ou des croyances des personnes et détermine l'adoption par celles-ci d'un comportement favorable à la santé. L'issue de l'action éducative sera donc évaluée soit par une augmentation des connaissances, soit par la modification de facteurs de risques comportementaux mis en évidence par les études épidémiologiques en lien avec certains problèmes de santé.

- *Le paradigme humaniste ou le libre bien-être* : " la réalisation de soi est revendiquée comme but éducatif et se confond avec la définition de la santé comme état complet de bien-être physique, mental et social " (Fortin, 2004). La démarche éducative s'attache à développer des compétences diversifiées qui dépassent les savoirs : estime de soi, confiance en soi, maîtrise corporelle et développement sensoriel, affirmation de soi au travers de valeurs, etc. Ces compétences sont considérées comme des facteurs motivationnels et décisionnels dans les matières de santé. Ces paramètres fortement liés à l'intimité des personnes restent délicats à évaluer. La capacité de faire des choix libres et responsables est peu souvent objet d'évaluation car elle reste soumise à des débats éthiques sur les limites du champ de la liberté individuelle en matière de santé.

- *Le paradigme de la dialectique sociale* : allant au-delà du développement personnel, ce paradigme questionne les rapports de l'homme à son environnement et interroge son degré de liberté au sein du groupe social. Le concept complexe d'*empowerment* représente l'aboutissement le plus sophistiqué de ce paradigme : il vise l'acquisition de pouvoir par le sujet et les groupes (maîtrise de son existence et contrôle de son environnement) à travers l'optimisation de leurs savoirs en parallèle avec l'exercice de ce pouvoir. Le concept d'*empowerment* a ceci de particulier qu'il mêle processus et résultats. Ainsi les évaluations porteront, par exemple, sur l'évolution de la quantité et de la qualité des prises de parole dans un groupe qui se réunit autour d'une problématique de bien-être, de santé ou de qualité de vie ; l'évaluation enregistrera aussi les modifications apportées par le groupe dans son environnement matériel et social, aménagements qui généralement portent sur des déterminants de santé.

- *Le paradigme écologique* : " l'écologie de l'éducation prend pour cible l'être humain et les interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystèmes),

Note

1. L'adoption d'un schéma expérimental suppose que l'on exerce un contrôle strict sur les circonstances dans lesquelles apparaissent les relations entre l'action éducative et ses effets : il s'agit de mesurer les effets attendus d'un côté sur des sujets ayant bénéficié de l'action éducative et de l'autre sur un groupe témoin qui n'a pas été soumis à cette action, la répartition des sujets dans l'un et l'autre groupe devant être réalisée de manière aléatoire. Le schéma quasi expérimental est " plus souple " dans la mesure où il n'exige pas que la répartition des sujets entre groupe expérimental et groupe témoin soit réalisée au hasard. Toutefois, dans les deux cas, le contexte d'application (ou de non-application) de l'action éducative doit être rigoureusement contrôlé.

Références bibliographiques

(1) Jourdan D., Berger D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. La Santé de l'homme n° 377, 2005 : 17-20.

(2) Lecorps P. L'éthique, l'engagement d'un sujet se libère ! In : Sandrin-Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative. Corrèze, 4-7 juillet 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : 77-85.

(3) Meirieu P. Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie. Paris : ESF, 9e édition, coll. Pédagogies, 2005 : 198 p.

(4) Potvin L., Goldberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I. Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques. Presses de l'université de Laval, coll. Sociétés, cultures et santé 2006 ; (20) : 457-73.

dont le résultat est son développement et ses apprentissages " (Fortin, 2004). Ce processus systémique reprend des éléments de paradigmes précédents et leur apportant à la fois une dimension dynamique et contextuelle. Il permet d'intégrer les " impondérables décisionnels ", déclencheurs de l'action qui surgissent dans la vie quotidienne auxquels l'individu donne sens à un moment donné de son parcours personnel. Ce faisant, il offre une alternative de choix par rapport aux modèles prédictifs du comportement. Ce paradigme, encore peu répandu dans le domaine de l'éducation pour la santé, est encore très peu exploité en matière d'évaluation.

Bien évidemment, l'émergence de ces paradigmes s'inscrit dans une perspective sociétale globale et historique. S'il est utile pour les praticiens en éducation pour la santé d'analyser à quel paradigme se réfèrent leurs interventions, ils auraient tort de céder à l'attrait des mots et des formules, occultant ainsi les métissages entre ces paradigmes. Une illustration d'un tel métissage est fournie par l'analyse de la manière dont la déclaration de Sundsvall (8) situe l'éducation pour la santé : *" L'éducation est un élément déterminant pour favoriser les changements politiques, économiques et sociaux (paradigme écologique) qui rendent possibles l'instauration de la santé. Les objectifs et les stratégies de l'éducation pour la santé doivent traduire ces principes généraux. Ils doivent mettre en place un processus qui crée les conditions pour que des personnes ou une communauté apprennent à développer leur bien-être et leur santé (paradigme humaniste). Ils doivent favoriser la prise d'autonomie et la responsabilité collective. La santé passe donc par le développement individuel et collectif des aptitudes à exercer une action sur les facteurs de santé (paradigme de la dialectique sociale). "*

Au-delà des discussions possibles sur les objets pertinents de l'évaluation de l'éducation pour la santé, se posent de multiples autres défis qui lui sont spécifiques. Deux de ceux-ci sont commentés ci-dessous.

Tout l'intérêt de la charte d'Ottawa

En matière de prévention ou de promotion de la santé, l'efficacité est généralement produite par des démarches multifactorielles qui combinent une variété de stratégies. C'est tout le sens de la charte d'Ottawa, qui recommande d'impulser la santé par l'aménagement des milieux de vie, le développement de politiques publiques, la réorientation de services de santé, le développement de compétences individuelles et sociales et la participation des populations concernées. C'est toute la clairvoyance de la charte de Bangkok de vouloir intégrer à ces composantes de l'intervention la dimension économique et le secteur privé comme un des facteurs et donc un des partenaires incontournables dans la production de la santé.

Ainsi située par rapport au problème de santé sur lequel on souhaite intervenir ou à la composante du bien-être/de la qualité de vie que l'on souhaite renforcer, l'éducation pour la santé n'intervient que comme une des composantes de l'action parmi d'autres. Il est donc vain de vouloir évaluer une action d'éducation pour la santé en reliant celle-ci de manière directe et spécifique à des indicateurs de santé de type épidémiologique (mortalité, morbidité, facteurs de risques).

Les deux modèles présentés en encart dans les pages précédentes (Green et Kreuter - [pdf, 65 Ko](#) ; Promotion Santé Suisse - [pdf, 64 Ko](#)), illustrent bien la place relative des dimensions éducatives dans l'évaluation d'un programme de promotion de la santé.

Le développement des compétences individuelles et sociales... le parcours d'une vie...

À partir du moment où l'on prend pour référence non le producteur de l'acte éducatif mais le sujet de l'éducation (la personne éduquée), force est de constater que les effets des actions éducatives dépendront de la manière dont la proposition éducative s'intégrera dans les schèmes cognitifs et socio-affectifs de cette personne, dans son parcours de vie, etc. Par ailleurs, à côté des actes éducatifs identifiés comme tels, formalisés, produits dans divers milieux de vie, les personnes sont exposées à de nombreuses influences non formalisées qu

interfèrent avec l'acte éducatif ou le renforcent.

(5) Liesse A., Vandoorne C. L'approche expérimentale est-elle adaptée à l'évaluation des actions d'éducation à la santé ? Éducation Santé 1999 ; n° 143 : 5-8.

(6) Tones K., Green J. Health promotion: Planning and strategies. London: Sage, 2004.

(7) Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In : Jourdan D., Tubiana M. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École & Santé, 2005 ; (2) : 51-65.

(8) Haglund B.J.A., Pettersson B., Finer D., Tillgren P. Créer des environnements favorables à la santé. Exemples donnés à la 3e conférence internationale sur la promotion de la santé, Sundsvall, juin 1991. Genève : OMS, 1997.

(9) Green L.W. Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. AJPH 1977; 67(2):155-61.

Ainsi, une multitude d'influences interviennent pour déterminer la modification d'une habitude de vie ou d'une attitude, l'enrichissement d'une représentation ou l'acquisition d'une compétence. Ce système d'influences particulièrement complexe rend encore plus difficile l'objectivation des effets de l'acte éducatif par rapport aux autres déterminants de la santé.

Il est donc difficile de garantir avec un niveau de certitude satisfaisant que telle ou telle modification " intermédiaire " observable à court terme (accroissement de connaissances, modification des intentions ou des opinions, essai d'un comportement adéquat pendant une période définie, etc.) s'avère être les prémices d'un changement durable du comportement ou d'un bon équilibre dans le mode de vie plus global d'une personne.

Par ailleurs, l'acte éducatif peut paraître avoir eu peu de conséquences à court terme puis manifester ses effets des années plus tard : une conjonction favorable de déterminants, une expérience ou une information supplémentaire sera venue lui apporter du sens, le contexte socio-affectif aura changé. Cet " effet retard " des actions éducatives est sans doute à prendre particulièrement en compte quand on s'adresse à des enfants et des adolescents, quoiqu'il conserve une certaine pertinence pour les adultes.

En éducation pour la santé, l'apparition de la plupart des bénéfices demande du temps. Les effets immédiats sont souvent temporaires. D'autres effets, plus lents à s'établir, sont souvent plus stables (9). D'autres difficultés existent en matière d'évaluation de l'efficacité de l'éducation pour la santé. Citons notamment la relativité de la parole de sujets, incontournable pour identifier certains effets. Citons aussi l'énorme influence des circonstances de l'acte éducatif sur les effets de celui-ci : la prédiction d'un effet similaire dans un autre contexte est souvent hasardeuse.

Malgré tout il ne faut pas renoncer à objectiver les résultats des actions éducatives. Des évaluations pertinentes sont possibles si le but n'est pas de prouver les effets de l'éducation pour la santé mais bien d'enregistrer des modifications sur la base desquelles on adaptera une action, un programme ou une pratique professionnelle. Les deux modèles évoqués précédemment ouvrent quelques pistes en ce sens.